

令和4年度第2回 全国メディカルコントロール協議会連絡会

と き 令和5年1月27日(木) 14:00～17:00

ところ 広島市文化交流会館(ハイブリッド開催)

[報告: 常任理事 前川 恭子]

全国メディカルコントロール協議会連絡会は年2回開催され、第1回連絡会は日本臨床救急医学会学術集会と、第2回は全国救急隊員シンポジウムと合同開催される。今回の連絡会開催に先立ち、都道府県や地域のメディカルコントロール協議会(以下、「MC協議会」)から「指導救命士」制度の充実に向けた取り組みを募り、7題が選出された。

「指導救命士」は、救急救命士を含む救急隊員の教育や指導、MC協議会等との調整等の役割を担う指導的立場の救急救命士であり、実務や特定行為の施行経験等推薦の要件が定められる。令和4年8月時点、全国で約2,700名、山口県では約70名の指導救命士が活動している。

第1部

我らの地域のメディカルコントロール取組事例 発表“各地域における指導救命士制度の充実に向けた取組事例”

兵庫県MC協議会は、兵庫県消防学校での調査から指導救命士の課題を挙げ、県内都市部から過疎地域まで、地域に合わせた研修等を実践している。

三重県MC協議会は、プロトコルの周知や医療機関との連携を図るイベントとして、MIELS(三重県救急救命標準化教育統合コース: Mie Integrated Emergency Life Support)を指導救命士が中心となって開催している。コロナ禍ではオンラインによる仮想集合研修を行った。作成した場面設定の動画には臨場感があり、大変好評であった。

広島県MC協議会は、指導救命士の更新制度について全国調査を行い、更新要件(特に病院実習について)の見直しを行っている。

広島県尾三圏域MC協議会は、指導救命士が中心となり「救急隊長研修」を年3回集合で行い、屋根瓦方式で各隊の訓練を進める。年1回の「救急隊員総合シミュレーション訓練」で各隊の技術等評価し、フィードバックし次につなげている。

広島県福山・府中圏域MC協議会は、PROST(Prehospital Orbital Simulation Training)の想定を用いたオリジナルのシミュレーション研修を指導救命士が企画している。研修の指導内容だけでなくフィードバックもマニュアルを活用し、指導者が変わっても一定の質を保てるようにしている。

福岡県筑豊地域救急業務MC協議会では、新型コロナウイルス流行などの状況に合わせ、救命士の再教育研修内容及び実施方法を指導救命士が調整した。多数傷病者訓練では消防本部ごとの指揮や機材の使い方等の違いが明らかとなり、現場レベルと指導者レベルそれぞれが危機感を持ち、連携を深めることができた。

大阪府泉州地域MC協議会は、MC協議会消防部会の下部組織として指導救命士ワーキンググループを設置、再教育やプロトコル改正などの活動をしていたが、同グループに意思決定権はなかった。消防部会上申し、MC協議会直轄で指導救命士が主体的に活動できる「指導救命士主導病院前救護活動検討小委員会」を設け、課題解決の迅速化を図れるようになった。

7題の発表の後、課題解決に資する観点から現地参加者及びWeb視聴者が投票を行い、全国MC協議会連絡会世話人会が審査し、大阪府泉州地域MC協議会が最優秀活躍団体として選出された。第2部の講演の後の表彰では、賞状とともに広島の大しゃもじが授与された。

第2部 講演**救急活動におけるLVOスケールの標準化に向けた研究結果**

神戸市立医療センター中央市民病院

脳血管治療研究部部長・参事 坂井 信幸

○脳卒中センターの整備

主幹動脈閉塞による脳梗塞急性期、虚血コア周辺のペナンプラを救い残存障害を減じるため、閉塞血管の速やかな再開通が望ましい。発症早期の虚血性脳血管障害で適応されるtPA静注療法及び機械的脳血栓回収療法は、有意に患者の転帰を改善すると示されている。これらの治療を効果的に行うため、アメリカでは2003年からPrimary Stroke Center (PSC、一次脳卒中センター：常時tPA治療を行える医療機関)の認定が、2012年からComprehensive Stroke Center (CSC、包括的脳卒中センター：常時機械的血栓回収療法を行え、同時に複数の介入的治療も行える医療機関)、2015年からAcute Stroke-Ready Hospital (ASRH、急性期脳卒中応需病院)、2018年からThrombectomy-capable Stroke Center (TSC、血栓回収脳卒中センター：CSCとPSCの中間に位置し、常時機械的血栓回収療法を行える医療機関)の認定が開始された。日本でも脳卒中学会により脳卒中センターが認定され、一次脳卒中センターについては全県に配置されてきた。PSC Coreとして機械的血栓回収療法可能な施設が医療資源の豊富な地域に配置され、2024年度からはTSCとして運用される。

○施設間連携

TSC/CSCに近い場所で発症した脳卒中患者は、直接TSC/CSCに搬送される(mother ship)。では、TSC/CSCから遠い場所で発見された患者は、まず近くのPSCでtPA治療された後TSC/CSCに搬送される(Drip & ship)のが良いのか、搬送に時間がかかってもTSC/CSCに直接搬送された方が良いのか。複数の文献及び自地域での研究から、適切に症例を選び適切に搬送すれば、Drip & shipでも患者転帰に有意差がないことが判った。Drip & shipで大切なのは、病院到着から転院搬送開始まで(door-in door-out time)を45分以

下に短縮できるよう、情報収集や連携を工夫することである。

○主幹動脈閉塞(LVO)予測スケール

脳卒中疑いの傷病者発生現場に到着した救急隊が、LVOスケールを使用し主幹動脈閉塞を疑った場合、傷病者はTSC/CSCに搬送される。使用される病前スケールは地域により異なり、スケールの比較検討や一般化はされてこなかった。

日本脳卒中学会では「LVO Scale 標準化プロジェクト」として、2019年から前向き観察研究を行った。脳卒中を疑う傷病者の搬送の際、脈不整・共同偏視・半側空間無視・失語・構音障害・顔面麻痺・上肢麻痺の7項目を、救急隊収容時及び病院到着時に観察する。病院到着後の検査で傷病者のLVOの有無を確認し、JUSTスコアなどの既存スケール及び先の7項目のLVO検出力を評価した。感度・特異度・陽性適中率・陰性適中率から、以下のように考える。

①救急隊が脳卒中患者を収容する際、脈不整・共同偏視・半側空間無視・失語・顔面麻痺・上肢麻痺の6項目の観察を推奨する。

②地域の医療資源・医療提供体制により、6項目のうち何項目が陽性の場合LVOを疑うかを選択する。医療資源が充実している地域では、感度/陰性適中率を重視し2項目陽性の広めのスクリーニングを行い、観察精度を高め医療資源を集中させたい地域では、特異度/陽性適中率を重視し3項目陽性で判断するなど、地域MC協議会が弾力的に運用する。

在宅医療及び医療・介護連携におけるACP・DNARの現状と今後について

北九州市立八幡病院参与・名誉院長 伊藤 重彦

○COVID-19とDNAR

令和4年夏、北九州市のCOVID-19第7波では軽症若年層の救急搬送要請も多く、受入先がないため緊急性のない搬送要請事案の約30%は不搬送となった。第7波の北九州市のCOVID-19感染者数は第6波の3倍、それに併せ、介護施設のクラスターも第6波の3倍発生、搬送困難事案も増加した。北九州市消防では75歳以上の高

齢者の救急搬送が増加し、施設職員が通報者となることも年々増えていた。

第7波で介護施設入所中の高齢感染者の入院調整が難しい中、受入先の医療機関からは当該患者にDNAR指示があるかの確認が増えていた。要請元の施設では、入院治療で病態が改善する前提で、搬送される高齢者が心肺停止に至るとは考えていない。逆に、受入先の医療機関は心肺停止まで想定している。

○介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル

ACP (Advance Care Planning) は将来の自身の変化に備え、将来の医療やケアについて、本人を主体に、家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合い、本人による意思決定を支援するプロセスのことである。DNAR (do not attempt resuscitation) は、患者本人又は患者の

利益に関わる代理者の意思決定を受け、蘇生に成功する可能性が低い中で蘇生のための処置を試みない指示を医師が行うことである。

2016年の調査では、介護施設の多くで入所者の看取り計画が立てられているとあったが、本人のDNARの意思に基づく医師の事前指示書及びDNAR指示に対する担当医師との連絡手順は十分整備されていない可能性がある。高齢者急変時に医師や看護師が傍にいない施設で、救命医療やDNAR指示への対応には指針を要する。また、介護施設等から救急搬送を要請された救急隊は、法的に効力のあるDNARの対応指針が示されない限りは、救命処置を途中で中断することは業務規定から困難であり、これに関しても指針作成が望ましい。

2017年に「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」として、関係する医療関係者へのアンケート

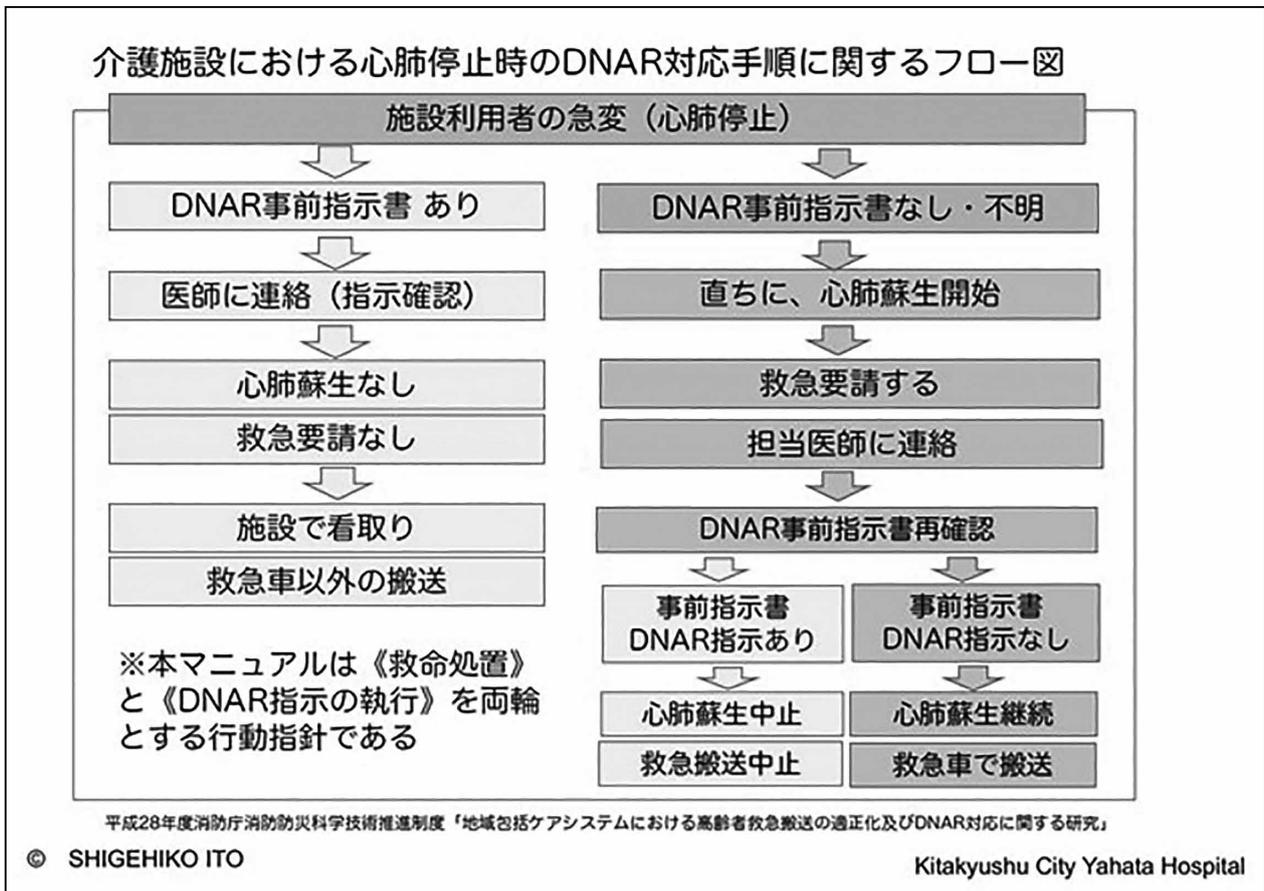


図 伊藤重彦先生講演資料抜粋

トを行い、介護施設でのDNAR対応マニュアルを作成、介護施設での対応に関する指針について提言した。

アンケートは北九州市・下関市の医療関係者に行い、職域別に回答を整理した。DNAR事前指示書を作成しておくことに回答者の94%が賛成したが、介護職員の賛成の割合は低かった。DNAR事前指示書の法的拘束力には60%が反対したが、消防機関職員の賛成はその半数を超えた。

DNAR指示の成立は、最善の利益に基づく医学的判断を要件とする。DNAR指示に効力があるかどうかは、意思及び指示撤回の有無の確認や効力を有する期間であるかの確認を要する。そして、自殺・虐待・外因等による急死でなく、もともとのDNAR指示が適応されると予測できる範囲の心肺停止かの判断が必要であり、結局DNAR指示の効力を担保できるのは医師のみといえる。①本人のDNAR意思、②医師のDNAR指示の法的効力及び持続期間が明確な場合には、介護施設で心肺停止となった高齢入所者を救急搬送する必要はない。

ここで問題となるのが、②医師のDNAR指示の確認の方法である。医師が施設に赴き直接確認する、医師に連絡し電話等で確認できれば良いが、連絡が取れない場合のDNAR指示の条件の設定が必要となる。心肺停止の数日前に本人のDNAR意思が確認され、医師のDNAR指示が記載されていれば、介護施設等での法的効力はあると考える。

搬送要請された救急隊は、DNAR指示の有無にかかわらず、傷病者を心肺蘇生しながら搬送することが原則とされる。不搬送や心肺蘇生の中止の判断は、心肺停止を来した本人のDNARの意思及び担当医師のDNAR指示が確認されることが前提で、運用は地域のMC協議会と予め協議をしておく。

DNARの意思が示されている者の心肺停止時に、家族や施設職員が慌てて119番通報しないことがまず重要である。施設で入所者の心肺停止を職員が発見した時点で、当該入所者のDNARの意思の有無は明らかではない。心肺蘇生を含めた応急手当を行いながらDNAR対応するという、両輪を回す意識を持っていただきたい(図)。

○今後の課題

介護施設では職員に対しACP・DNARの研修を行い、本人の意思に反して慌てて救急搬送を要請しないよう訓練をすすめる。救急隊としては介護施設の実状を確認しながら、地域医師会と連携しDNAR対応を協議いただきたい。また、消防救急車以外の搬送車を活用した、看取りのための搬送手段や搬送先の選定をお考えいただきたい。

多くの先生方にご加入頂いております！

**お申し込みは
随時
受付中です**

医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店	山福株式会社 TEL 083-922-2551
引受保険会社	損害保険ジャパン株式会社 山口支店法人支社 TEL 083-231-3580

損保ジャパン